

# 湖北省医疗保障局文件

鄂医保发〔2022〕50号

## 省医疗保障局关于开展门诊慢特病相关 治疗费用异地直接结算工作的通知

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局：

为贯彻落实2022年政府工作报告和省委省政府关于“下基层察民情解民忧暖民心”部署，进一步解决人民群众异地就医结算遇到的“异乡愁医”问题，根据《国家医保局 财政部关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知》（医保发〔2021〕27号）、《国家医保局办公室 财政部办公厅关于开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作的通知》（医保办函〔2021〕4号）精神，决定开展门诊慢特病相关治疗费用（以下简称“门慢特费用”）异地就医直接结算工作。现将有关事项通知如下。

## 一、工作目标

2022 年底前，各市州实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗（以下简称“五个病种”）门慢特费用跨省直接结算；各市州实现本统筹区全部门诊慢特病病种费用省内异地就医直接结算。

## 二、实施范围

### （一）实施人群范围。

已在参保地完成门诊慢特病待遇资格认定，并按参保地规定办理了异地就医备案的参保人纳入实施人群范围。

### （二）门诊慢特病病种名称和代码。

门诊慢特病费用省内异地直接结算时，按照国家医疗保障信息业务编码标准中门诊慢特病病种代码及病种名称进行传输。门诊慢特病费用跨省异地直接结算时，五个病种代码按照国家指定代码进行一对一映射传输（见附件 1）。

### （三）定点医药机构范围。

各市州要将本统筹区确定的门诊慢特病定点医院和门诊慢特病定点零售药店全部纳入异地就医直接结算范围。门诊慢特病定点医药机构改造测试验收后，市州医保经办机构上传定点医药机构信息和开通的门诊慢特病病种信息，报省医保服务中心备案，作为门诊慢特病异地就医直接结算定点医药机构在省医疗保障局网站公布。



门诊慢特病定点医药机构全省各统筹区互认。参保人自主选择各就医地确定的门诊慢特病定点医药机构就医购药直接结算。参保地可根据管理需要确定参保人异地门诊慢特病费用直接结算的医药机构数量。

### 三、实施内容

#### (一) 规范直接结算政策。

门诊慢特病费用异地就医直接结算时，按项目付费方式进行结算，执行就医地的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地的医疗保障基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关规定。

参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；就医地有相应门诊慢特病病种但无限定支付范围的，或没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定结算待遇规则。

具备门诊慢特病资格的参保人在异地门诊慢特病定点零售药店购药时，可以使用统筹基金直接结算，同时应提供定点医疗机构开具的处方，定点零售药店应保留处方存档备查。

具备门诊慢特病待遇资格的参保人，因故未实现直接结算

的，由个人先行垫付医疗费用，持定点医药机构提供的医疗费用明细清单和票据等资料，向参保地医保经办机构申请报销，按参保地规定和待遇政策执行。

## （二）统一就医结算规则。

门诊慢特病定点医药机构在为具备门诊慢特病待遇资格的异地参保人提供直接结算服务时，应专病专治，合理用药，将门诊慢特病费用分病种单独结算。就医地按照本地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割后（确定甲类金额、乙类金额、乙类先行自付金额、乙类超限价金额、自费金额等），同获取到的参保人门诊慢特病病种代码传输给参保地。参保地按规定计算参保人个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构。

同时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用应按普通门诊费用（或普通药店购药费用）分开结算。定点医药机构结算成功后应在票据、清单等凭证上显示本次结算医疗费用类别（普通门诊或门诊慢特病、普通药店购药）（见附件2）。

门诊慢特病直接结算费用因故需要退费重结时，应按时间倒序依次退费，积极探索隔笔退费。

（三）做好异地就医备案服务。具备门诊慢特病待遇资格的参保人，办理异地就医备案后，同步开通门诊慢特病费用异地直接结算服务。参保人可通过国家医保服务平台APP、国家异地就



医备案小程序、国务院客户端小程序、鄂汇办 APP、湖北省政务服务网或参保地经办窗口等线上线下途径办理异地就医备案。办理异地就医转诊备案的参保人门诊慢特病费用结算后备案继续有效。已办理异地就医备案的参保人回参保地就医购药时不受备案限制，医保待遇同参保地就医购药保持一致。

#### （四）完善信息系统建设。

各市州医保部门和定点医药机构要按照《跨省异地就医管理子系统接口规范》《湖北省医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》的要求，尽快完成信息系统升级改造，做好本地门诊慢特病病种代码比对和兼容工作，实现门诊慢特病费用跨省直接结算。

省级医保信息部门要规范信息系统报错提示信息，准确描述错误原因，做到简明扼要、通俗易懂；停机维护期间，需在系统接口中返回停机信息。

在咨询、挂号、就诊、结算等就医环节，参保人应主动表明就医身份和享受门诊慢特病待遇的病种类，定点医药机构要支持医保电子凭证、社会保障卡、身份证等实时查询参保人门诊慢特病资格信息，并在信息系统中进行登记。

定点医疗机构要将未直接结算的患者医药费用明细和疾病诊断信息，于 3 个工作日内上传省医疗保障信息平台。参保人省内异地就医按自费结算的，回参保地报销时，参保地医保经办机

构根据定点医药机构上传省医疗保障信息平台的医药费用明细及医保类别计算待遇。定点医药机构未按时上传数据的，由就医地医保经办机构督促定点医药机构补传数据。其中，医疗费用中存在未贯标的数据时，应将已贯标的数据上传。

（五）实行就医地管理。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。引导定点医药机构规范诊疗行为，严厉打击医保欺诈骗保行为，防范基金风险。

（六）做好资金清算。门慢特费用中应由医保基金支付的部分，按照异地就医住院医疗费用直接结算规程统一清算（见附件3）。

#### 四、工作要求

（一）加强组织领导。推进异地就医直接结算是《政府工作报告》和省委省政府提出的重要任务之一，各市州要提高政治站位，扎实有力抓好落实，将门诊慢特病费用跨省直接结算作为“下基层察民情解民忧暖民心”的重点举措，确保工作取得实效。

（二）积极稳妥推进。各市州要规范统一参保人异地就医门诊慢特病申办途径、就医规定等政策措施，因地制宜制定实施方案，明确工作目标、工作措施和配套政策。



2022 年底前，各市州开通门慢特费用跨省和省内异地直接结算。省医疗保障局将定期通报进展情况，对进展缓慢的市州予以督办，并纳入年度目标责任制考核。

（三）做好宣传引导。各市州要加强宣传培训，正面引导社会舆论。利用网络、报刊、电视、广播等媒体，做好政策宣传解读，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

- 附件：1. 门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算病种代码表  
2. 参保人门诊慢特病异地就医流程  
3. 异地就医清算流程图



（此件公开发布）

附件 1

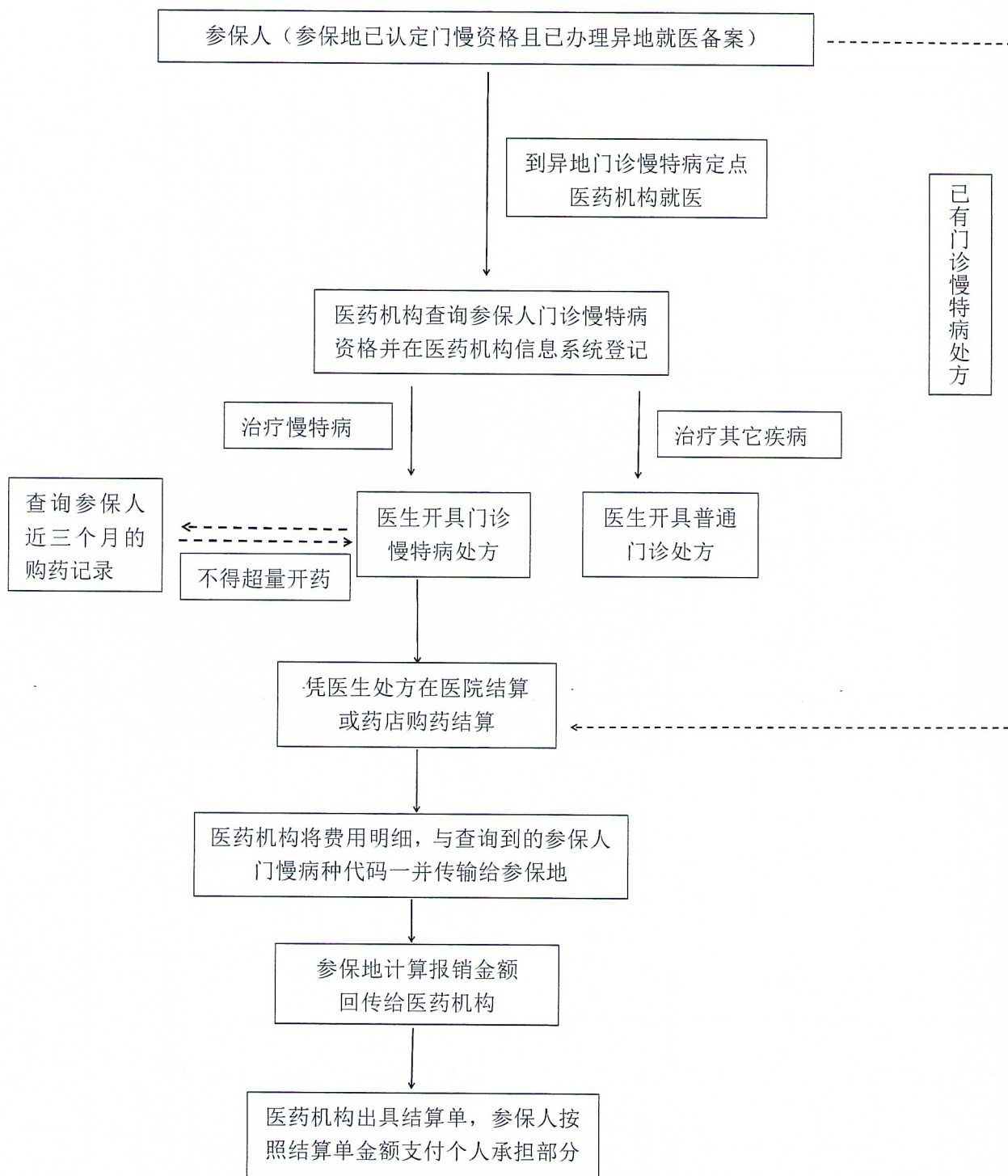
## 门诊慢特病相关治疗费用跨省 直接结算病种代码表

序号	病种代码	病种类别	病种名称
1	M03900	高血压	高血压
2	M01600	糖尿病	糖尿病
3	M00500	恶性肿瘤门诊治疗	恶性肿瘤门诊治疗
4	M07801	慢性肾功能衰竭	透析
5	M08301	器官移植抗排异治疗	肾移植抗排异治疗
6	M08302		骨髓移植抗排异治疗
7	M08303		心移植抗排异治疗
8	M08304		肝移植抗排异治疗
9	M08305		肺移植抗排异治疗
10	M08306		肝肾移植抗排异治疗



## 附件 2

# 参保人门诊慢特病异地就医流程



### 附件 3

